



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی تهران
معاونت فرهنگی و دانشجویی

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

گواهی دوره آموزش کوتاه مدت فرهنگی

بدینوسیله گواهی می‌شود: آقای/خانم دکتر دارای شماره ملی ، به مدت
ساعت، در دوره کوتاه مدت فرهنگی **حضور/غیرحضور** تحت عنوان که با
شماره مجوز مورخ توسط دانشگاه برگزار
شده است شرکت و امتیاز از ماده یک کسب نموده‌اند.

دکتر.....

دکتر.....

معاون فرهنگی و دانشجویی دانشگاه و جانشین رئیس دانشگاه

در کمیسیون ماده یک آئین نامه ارتقاء